

DE LA SUPPURATION

DANS LES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

AU POINT DE VUE

PATHOGENIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

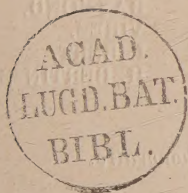
Le 29 Juillet 1899

PAR

Louis SAUMADE

Né à Galargues (Hérault), le 2 septembre 1874.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, Successeurs

Éditeurs du Nouveau Montpellier médical

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... Doyen
HAMELIN (*). ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N....
id.	Bosc (Chargé du Cours)..

Doyen honoraire : M. MAIRET ().*

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (), PAULET (O. *).*

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie générale.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITTESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, <i>président.</i>		MM. LAPEYRE, agrégé.
ESTOR, professeur.		DE ROUVILLE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

SAUMADE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur FORGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier
Correspondant national de l'Académie de Médecine

SAUMADE.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas, dans ce travail, l'intention de faire œuvre nouvelle. C'est plutôt un travail d'ensemble, une revue critique que nous avons l'honneur de soumettre à nos juges, en comptant sur leur indulgence.

La question de la suppuration dans les kystes hydatiques du foie est une question toute nouvelle. Ce n'est que depuis le mémoire de MM. Chauffard et Vidal que cette question a été discutée et complètement élucidée. Au sujet du traitement, quelques-uns résistent encore, et quand ils se trouvent en présence d'un kyste suppuré, veulent tenter la ponction avec injections parasitocides.

Le nombre en devient de plus en plus faible. L'incision large fait en effet cesser les accidents, détourne les dangers et amène la guérison. Aussi, en présence d'un kyste suppuré, nous croyons qu'on doit l'employer sans hésitation.

Dans un premier chapitre, nous examinons les conditions de la suppuration, les divers microbes qui contribuent à la suppuration et les voies suivies par eux pour envahir les kystes hydatiques. Dans un deuxième chapitre, nous examinons la symptomatologie des kystes suppurés du foie. Dans un troisième chapitre, nous discutons la question du traitement. Doit-on faire une ponction ou la laparotomie? Nous concluons en faveur de la laparotomie, qui seule est capable d'amener la guérison du kyste.

L'idée de ce travail nous a été inspirée par une observation de kyste suppuré opéré par M. le professeur Forgue, observation recueillie avec le plus grand soin par notre ami Jeanbrau, chef de clinique chirurgicale.

Que M. le professeur Forgue nous permette de lui adresser nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'ils nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études.

Nous le remercions de tout cœur de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA SUPPURATION
DANS LES
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
AU POINT DE VUE
PATHOGÉNIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie.

Le kyste hydatique du foie se compose de trois membranes, qui sont : une membrane «assez épaisse, amorphe, translucide»¹, à l'intérieur de laquelle se trouve la membrane que Charles Robin a appelée membrane germinale ou fertile. C'est, en effet, elle qui, par un processus particulier de bourgeonnement, donne naissance à de nouvelles générations d'hydatides. A l'extérieur de ces deux membranes s'en trouve une troisième, épaisse et fibreuse, destinée à la défense du parenchyme hépatique ou membrane d'enkystement. Cette dernière, résultat de l'irritation provoquée par l'échinocoque sur le foie, est indépendante vis-à-vis du kyste, mais n'en joue pas moins un rôle important à son

¹ Faure; in Le Dentu et Delbet, tom. VIII.

égard en l'alimentant par son réseau vasculaire. Enfin, à l'intérieur du kyste est un liquide clair « comme de l'eau de roche », contenant quelques-uns des crochets qui arment la tête des échinocoques. Le liquide hydatique normal ne contient pas de micro-organismes. Et la preuve est dans le fait communiqué par M. Périer à l'Académie de médecine, dans sa séance du 7 octobre 1890, où la laparotomie, faite après la rupture du kyste, démontra l'épanchement intrapéritonéal de bile et de liquide hydatique sans la moindre réaction inflammatoire de la séreuse. Le liquide hydatique normal est, d'autre part, un bon milieu de culture. Nous voyons, en effet, dans le mémoire de Chauffard et Vidal¹ que les expériences qu'ils ont faites avec le streptocoque, le staphylocoque et le bacterium-coli ont parfaitement réussi.

Dans ces conditions, comment la suppuration peut-elle envahir le kyste ? Nous savons, en effet, que la membrane d'enkystement, la couche périkystique, comme l'appellent Chauffard et Vidal dans leur mémoire, est une barrière infranchissable pour les microbes. L'expérience suivante, qui est une de leurs plus belles, le prouve très bien : « Une vésicule transparente est plongée dans un bouillon ensemencé avec le bacille pyocyanique. Huit jours après, le bouillon de culture est d'un vert intense ; la vésicule, retirée, est restée parfaitement translucide, mais son contenu présente la coloration vert absinthe ; ce contenu, retiré avec une pipette stérilisée et ensemencé dans du bouillon, donne un résultat négatif ». Cette expérience, en même temps qu'elle prouve l'imperméabilité absolue de la membrane vis-à-vis des microbes qu'elle arrête comme un filtre parfait, montre les propriétés dialytiques de cette même membrane, propriétés que nous verrons plus tard être utilisées dans le traitement par injections parasitocides.

¹ Chauffard et Vidal ; Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. Société médicale des hôpitaux, 17 avril 1891.

On se trouve donc en présence d'un kyste hydatique véritable cavité close. L'infection ne peut venir que du dehors et les microbes pyogènes ne peuvent pénétrer qu'à l'aide d'une effraction quelconque de la paroi d'enveloppe. De quelle manière se produira cette porte d'entrée aux microbes ?

Murchison dit, dans son *Traité des maladies du foie* : « La membrane hydatique étant dépourvue de vaisseaux, il est peu probable qu'elle puisse être le siège d'un travail inflammatoire quelconque et, par suite, de suppuration. Quand donc on parle d'inflammation ou de suppuration du kyste hydatique, ce n'est pas du kyste hydatique qu'il s'agit, mais bien du kyste adventice et du tissu ambiant. On peut néanmoins poser comme règle que, si l'ouverture du kyste a lieu avant qu'il soit survenu de complication appréciable, on aura un contenu limpide et homogène. »

C'est la première fois qu'on trouve l'idée de péri-kystite suppurative exprimée, et il faut arriver aux travaux de Chauffard et Vidal et ceux qui les ont suivis pour la trouver à nouveau. La péri-kystite suppurative peut surprendre le kyste en deux états : Tantôt le kyste a subi les transformations régressives, c'est à-dire qu'il est mort par compression, par empoisonnement ou par inanition : elle n'est pas dans ce cas la lésion du début, mais elle reste la lésion fondamentale (Rendu). Le parenchyme suppure et les débris de l'ancien kyste ne font que se mélanger « au pus d'un abcès du foie proprement dit, naissant et évoluant de même que toutes les collections de même nature ¹ ». Tantôt le kyste est en pleine activité d'évolution. L'hépatite suppurée péri-kystique est toujours la condition première et indispensable, mais elle devient dans la suite accessoire.

A quel niveau et sous quelle influence se produira cette inflammation préparatoire ? Selon toutes probabilités, c'est au

¹ Segond ; in *Traité chirurgie*, Duplay et Reclus, tom. VII, 1898, pag. 1085.

niveau de la couche adventice que se développe l'inflammation. « Quant à savoir sous quelle cause elle y naît ? Nous pensons, nous, qu'elle y est appelée par l'action irritante du kyste sur le tissu environnant ; l'échinocoque, en se développant, comprime les organes voisins, qui réagissent contre cette atteinte, s'enflamment et déterminent la périkystite suppurative mentionnée plus haut. L'infection du kyste est alors proche. En effet, sous la réaction inflammatoire des tissus qui l'entourent, la membrane hydatique est atteinte dans sa vitalité et revêt peu à peu les caractères que lui ont depuis longtemps attribués les chirurgiens, c'est-à-dire qu'elle devient sèche, grenue, jaunâtre et cassante¹ ».

La porte est ouverte à la suppuration. D'où viennent les microbes qui y présideront ? Quelle voie suivent-ils ? Le tube digestif, on le sait, est à l'état normal infecté depuis la bouche, résidence habituelle du *leptothrix buccalis* jusqu'à l'intestin, demeure du *bacterium coli*. Ce sera donc là l'origine ordinaire des microbes auteurs de la suppuration dans les kystes hydatiques du foie. « Les microbes qui habitent à l'état endémique dans l'intestin trouvent dans les surfaces ulcérées de l'intestin des portes d'entrée qui leur permettent de pénétrer par les capillaires ou les lymphatiques dans la circulation et d'aller former ainsi des foyers de suppuration dans différents viscères. » (Hallopeau). En outre de ces microbes, on peut en avoir d'autres apportés par les aliments ingérés ou éléments nocifs, agents effectifs de différentes maladies. On sait, en effet, qu'à l'état pathologique les diverses parties de l'organisme peuvent être atteintes dans leur vitalité par les agents pathogènes susceptibles de se transmettre aux points faibles de l'individu et d'y exercer leurs ravages. On doit donc se trouver, si on consulte les observations, en présence d'une grande variété de microbes. C'est ce qui a lieu. En 1891, Moré

¹ Raffi ; Th. Paris, 1891.

examine le pus d'un kyste hydatique suppuré du foie consécutivement à la fièvre typhoïde. Point de bacille d'Eberth, mais cinq espèces de microbes dont deux pyogènes ; les staphylococcus aureus et cereus. En 1895, Galliard communique à la société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade porteur d'un kyste suppuré où l'agent infectieux avait été le pneumocoque, sans cependant que le malade eût eu auparavant une pneumonie. En janvier 1896, M. Quenu fait part à la société de chirurgie de l'observation d'un kyste hydatique qui avait suppuré consécutivement à la ponction. Le pus examiné avait donné des cultures de coli bacille. Quenu croit que le coli bacille était venu par les voies biliaires rompues après la ponction du kyste.

Une observation parue dans le *Marseille médical* en 1898, et due à M. Ed. Riss, nous montre que les agents de l'infection ont été le pneumocoque et le streptocoque. Enfin, dans la même année, Gilbert et Weil communiquent à la société de Biologie une observation où ils avaient trouvé le coli bacille avec cette particularité qu'ils s'étaient trouvés en présence d'un kyste suppuré gazeux.

Quelle voie suivent les microbes pour parvenir au kyste hydatique ? Elles sont au nombre de quatre : la voie artérielle, la voie veineuse, que l'on réunit en une seule sous le nom de voie sanguine, la voie biliaire et la voie lymphatique. Il peut y avoir aussi inoculation directe, comme par exemple à la suite de plaies. L'inoculation par ponction septique, qui existait autrefois en assez grand nombre, a aujourd'hui à peu près complètement disparu par suite des progrès de l'antisepsie.

Dans sa thèse sur les infections biliaires, Dupré écrit : « c'est dans la grande majorité des cas par la voie sanguine qu'arrivent au parenchyme du foie les microbes pathogènes.

Par l'artère hépatique sont transportés dans la trame du foie les agents infectieux des septicémies, par la même porte arrivent au tissu hépatique les agents infectieux venus de l'in-

testin, principalement lorsque les différents processus ulcératifs d'origine microbienne qui compromettent l'intégrité de l'épithélium intestinal ont par effraction vasculaire ouvert aux micro-organismes pathogènes les voies de la circulation porte. Dans les cas où l'infection hépatique est réalisée par la voie artérielle, l'infection générale du sang préside et prime l'infection locale du foie, qui n'est que secondaire épiphénoménale et souvent négligeable. Quand l'infection hépatique est réalisée par la voie veineuse, l'infection intestinale précède et le plus souvent prime l'infection du foie». Par la thèse de Raffi nous voyons que l'infection par voie sanguine est loin d'être aussi fréquente que Dupré le prétend. Sur les quarante-six observations que contient cette thèse, l'infection par voie sanguine n'est notée que quatre fois. Il convient d'ajouter que ce que dit M. Dupré se rapporte aux infections des voies biliaires, assez entièrement liées avec le système sanguin. Le kyste hydatique n'est au contraire qu'une formation pathologique et est loin d'avoir avec le système sanguin des rapports aussi intimes que les voies biliaires. Dans l'infection par voie sanguine, la suppuration hépatique n'est en général que la complication d'une infection primitive. Les quatre cas de Raffi sont causés par une septicémie puerpérale¹, un phlegmon putride sous-amygdalien du côté droit², une fièvre typhoïde³ et une scarlatine⁴.

L'infection par les voies biliaires est au contraire très fréquente, et, d'après la statistique de Raffi, elle occupe 58 0/0 des cas. Les voies biliaires s'abouchent en effet à plein canal avec un milieu fertile tel que l'intestin, où pullulent des microbes en nombre infini. Dans l'infection par voie sanguine, nous avons vu que les microbes pathogènes ont besoin d'une effraction pour pénétrer dans des vaisseaux et que c'est grâce à une affection primitive que la

¹ Observation Moutard-Martin ; Bul. Soc. an., 1876.

² Observation Letulle ; Bul. Soc. an., 1888.

³ Observation Blachy ; Gaz. des hôpitaux, 1890.

⁴ Thèse Raffi.

suppuration envahit le kyste hydatique. Dans l'infection par voie biliaire, le danger est imminent à chaque instant. Il n'y a pas loin, en effet, de l'ampoule de Vater au duodénum, milieu où, d'après les travaux de Dupré et Gesner, se trouvent les microbes les plus divers.

On a bien décrit, à l'entrée du canal cholédoque, une couche de fibres lisses qui forme un véritable sphincter ¹. Malheureusement, le sphincter n'est pas assez serré pour opposer un obstacle invincible au passage des bactéries. Aussi trouve-t-on habituellement, comme l'ont montré Duclaux et Netter, quelques micro-organismes dans les dernières portions du canal cholédoque. Ils ne remontent pas plus haut, car le flot biliaire vient incessamment les balayer. Voilà donc les voies biliaires défendues, tout autant que l'on aura un courant incessant de bile et que les parois seront saines.

Mais que, pour une raison quelconque, calcul ou corps étranger tel qu'helminthes ou hydatides, ou pour un catarrhe gastro-duodénal les voies biliaires soient obstruées, les voilà susceptibles d'être infectées.

Les voies biliaires sont, en effet, transformées en un véritable lac, et le courant qui luttait contre l'invasion microbienne est supprimé. C'est ce que les auteurs appellent les infections secondaires. Quelquefois l'infection se fait dans des voies biliaires saines ou qui tout au moins semblaient telles. « En effet, dit Dupré, les causes d'appel, contrairement au rôle qu'elles jouent dans les infections secondaires aux lésions mécaniques, ne sont, dans le groupe des infections primitives, qu'accessoirs et contingentes. L'infection est alors due à une auto-intoxication produite par la résorption des substances toxiques du tube digestif, devenues plus abondantes et agissant directement après résorption sur le foie qu'elles traversent. Mais que l'infection soit

¹ Voir Le Dentu et Delbet.

primitive ou secondaire, elle agit toujours sur le kyste de la même manière pour en provoquer la suppuration. Il est cependant un fait sur lequel on doit insister. C'est l'infection des voies biliaires et, par suite, la suppuration du kyste consécutivement au passage d'une hydatide dans le canal biliaire. C'est un fait assez fréquent. Dans la thèse d'Ortiz-Coffigny¹, sur 20 cas d'ictère dans les kystes hydatiques, 17 fois la cause était la pénétration d'une hydatide dans le canal biliaire. Sur les 26 observations de Raffi, on l'a trouvée 16 fois à l'autopsie.

Les vésicules s'engagent dans les voies biliaires, et, comme elles sont en général d'un assez gros volume, elles provoquent, en passant, une dilatation considérable des canaux biliaires ; comme ces vésicules sont nombreuses, leur évacuation dans l'intestin se fait par plusieurs poussées en plusieurs voyages qui provoquent d'ailleurs autant de coliques hépatiques. Il en résulte que la dilatation des conduits biliaires tend à persister à devenir permanente, et aux nécropsies on trouve les voies biliaires dilatées, au point d'admettre le petit doigt. Dans ces conditions, la voie est largement ouverte aux migrations infectieuses qui partent de l'intestin foyer septique pour arriver à la cavité du kyste rompu dans les voies biliaires, foyer malade et exposé.

Ce foyer peut alors être comparé à celui d'une fracture qui, de simple et fermée, devient ouverte et compliquée. La cavité du kyste s'infecte par les voies biliaires dilatées et béantes et des accidents locaux et généraux trahissent l'infection suppurative et gangréneuse de la tumeur hydatique (Dupré).

La voie lymphatique est une voie absolument secondaire pour les microbes pyogènes qui se rendent au kyste hydatique pour en déterminer la suppuration. Aussi la voit-on rarement suivie par eux. La grande source des infections hépatiques est, en effet, le tube intestinal. Or, les lymphatiques intestinaux correspon-

¹ Ortiz Coffigny ; Th., Paris, 1881.

dent aux ganglions mésentériques et au canal thoracique et non aux ganglions du foie. Le foie ne pourrait être atteint ainsi que par une invasion qui viendrait du péritoine. En dehors de cette voie, qu'on peut appeler voie lymphatique générale, il en est une plus particulière, c'est l'infection transmise par contiguïté d'un organe à l'autre, et cela grâce aux lymphatiques qui unissent le foie aux organes voisins.

Rarement les kystes hydatiques sont profondément situés dans le parenchyme hépatique. Ils se développent ordinairement à la superficie, surtout au niveau de la face convexe et du bord antérieur hors duquel ils font saillie. Ils compriment alors les organes voisins, estomac, poumon, etc. Par là, l'infection peut se transmettre. L'estomac ne diffère pas de l'intestin au point de vue infectieux. La rate et les reins n'ont aucune influence sur le foie au point de vue infectieux. Il ne reste donc qu'à étudier la voie lympho-pulmonaire. Si le kyste siège sur la face convexe du foie et se développe vers la cage thoracique, il peut remonter très haut et aller comprimer le poumon, qu'il irrite. D'où atrophie du poumon, qui prend l'aspect fœtal. D'autres fois, il détermine un travail physiologique de la part du diaphragme et des plèvres aboutissant à des adhérences pleurales. Alors le kyste peut se vider soit dans la plèvre, soit dans une bronche, et il se produit dans ce dernier cas une vomique de liquide hydatique clair. Le kyste ne tarde pas alors à s'infecter et donner lieu à des vomiques purulentes, car, suivant l'expression de Dupré, le kyste ressemble à une fracture compliquée. Il est à remarquer que l'ouverture des kystes dans le poumon est plus fréquente que l'ouverture dans la plèvre. Le travail d'adhérences pleurales doit donc se faire de bonne heure.

Quelquefois, la plèvre par l'influence du kyste s'enflamme, et on a une pleurésie séreuse ou purulente. Mais, d'autres fois, on peut assister à la suppuration du kyste consécutivement à une pleurésie purulente. C'est ainsi qu'en 1876, dans un travail sur

les rapports de la pleurésie avec les kystes hydatiques du foie, Petit a publié un cas où un kyste avait suppuré consécutivement à une pleurésie purulente. Petit attribue cette infection à ce que les kystes étant un *locus minoris resistentiæ*, ils appellent l'infection répandue quelque part. C'est plutôt dû à la propagation directe de l'infection.

Outre la pleurésie et les maladies de la plèvre, le kyste peut subir l'influence de toutes les affections pulmonaires, depuis la pneumonie jusqu'aux associations microbiennes rencontrées dans les infections secondaires à la pneumonie. Il peut en être de même de la tuberculose.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Quels sont les symptômes caractéristiques de l'infection des kystes hydatiques du foie ?

Un kyste hydatique du foie est assez difficile à diagnostiquer. Il reste quelquefois latent pendant toute la vie et constitue alors une trouvaille d'autopsie. Il faut que la tumeur ait atteint un développement moyen. Si elle était trop grosse et remplissait l'abdomen, si elle était très fluctuante, elle pourrait faire songer à une ascite ou à un kyste de l'ovaire.

Si de telles difficultés existent pour le diagnostic des kystes hydatiques normaux, à plus forte raison en est-il de plus grandes encore pour le diagnostic des kystes suppurés, dont l'évolution en impose pour tant d'autres affections, telles que pleurésie purulente, angiocholite suppurée, abcès hépatique, cirrhose hypertrophique.

Aussi Magnan écrit-il avec raison dans sa thèse : Il ne reste souvent que l'exploration avec le trocart qui puisse assurer le diagnostic.»

L'exploration avec le trocart doit être faite alors que l'opération est décidée et qu'on n'a pas à craindre de voir s'échapper quelques gouttes de liquide virulent qui iront infecter le péritoine.

La suppuration dans les kystes du foie s'annonce par l'ensemble des symptômes des suppurations profondes. Les symp-

tômes en sont assez variables. Tantôt, en effet, un kyste du foie évolue avec fracas : fièvre élevée à type rémittent ou intermittent avec exacerbations vespérales et résistant à la quinine, frissonnements répétés, poussées sudorales, ictère, altérations des traits, aspect terreux et blême de la face, amaigrissement, diarrhée fétide. Tantôt les symptômes se réduisent à quelques frissons et à une douleur plus ou moins vive. Un fait à retenir, c'est que la suppuration est très souvent précédée par la douleur. On avait eu affaire pendant un certain temps à une tumeur indolente et on la voit tout à coup devenir douloureuse. La raison semble être l'apparition de la péri-kystite infectieuse que nous avons vue être nécessaire pour que la suppuration puisse s'installer dans un kyste. On peut donc dire que tout kyste douloureux spontanément ou à la pression doit être suspect d'infection imminente ou réalisée.

Dans certains cas, on se trouve en présence de malades présentant comme signe la contracture de défense musculaire. Ce signe, indiqué il y a quelques mois à l'Académie de Médecine par M. Dieulafoy comme signe de suppuration dans l'appendicite, a été trouvé par M. le professeur Forgue chez le malade dont l'observation fait le sujet de notre thèse. C'est un signe très important et qui peut servir d'excellent moyen de diagnostic.

Quelle est donc la raison de cette variabilité de l'évolution de la suppuration dans les kystes suppurés du foie. C'est surtout la différence de virulence dans le pus. C'est ainsi que, dans une observation de Chauffard, rapportée dans la thèse de Raffi, nous voyons que plusieurs examens furent faits du pus et que jamais on ne put y découvrir de microbes.

« L'examen histologique y fit constater la présence de nombreux leucocytes granulô-gras, de petites granulations libres, de cristaux de tyrosine de masses pigmentaires jaune d'or et d'un crochet caractéristique. L'examen sur lamelles n'y

a montré aucun microbe, et les divers milieuxensemencés avec ce pus sont restés stériles ». Le pus était donc aseptique. Tuffier rapporte un cas où, au moment de l'incision d'un kyste suppuré du foie pris pour une pleurésie purulente, il y eut pénétration directe dans la cavité pleurale d'une notable quantité de pus hydatique. Malgré l'absence de tout lavage antiseptique de la plèvre, il n'y eut aucune réaction inflammatoire de la séreuse.

(Chauffard). Dans d'autres cas, le pus est extrêmement septique. L'observation de Rendu, citée par Raffi, en est une preuve. Dans ce cas-là l'infection atteint tout l'organisme.

De tout ce qui précède découle la conclusion suivante, vérifiée par les faits, c'est que moins le pus est septique, plus le malade a des chances de guérir. D'un autre côté, il y a à noter ce fait vérifié par les observateurs, c'est que, si la suppuration du kyste n'est pas précédée de péri-kystite, le malade a bien plus de chances de guérir que si elle en avait été précédée. Dans ce cas-là, en effet, le trocart, car c'est en général de l'infection par ponction septique qu'il s'agit, a à peine entamé la paroi que celle-ci se cicatrise, et la membrane devient grenue, jaunâtre et cassante. Elle perd sa vitalité et ne résiste plus.

On voit donc de tout ce qui vient d'être dit qu'aucun symptôme n'est pathognomonique de l'infection et de la suppuration hydatiques. Les uns, en effet, sont les symptômes des kystes ordinaires et se retrouvent chez les kystes suppurés. Les autres sont communs à tous les foyers infectés de l'organisme. Ce sera donc à l'ensemble des symptômes et en procédant par exclusion que le diagnostic devra être porté. L'ictère est un symptôme signalé fréquemment au cours des observations de kyste hydatique du foie. Deux causes peuvent le produire : la compression des canaux biliaires par la tumeur kystique et l'obstruction de ces mêmes canaux par une tumeur hydatique. « L'ictère, dit Murchison, n'est pas symptomatique du kyste hydatique, il le devient souvent lorsqu'il survient brusquement et qu'en présence

d'autres symptômes d'infection du kyste, on peut penser à la pénétration des vésicules hydatiques dans les canaux biliaires importants. » L'importance de l'ictère réside surtout dans la suppression de la bile et, par suite, dans l'invasion des voies biliaires par les microbes et l'infection probable du kyste. L'ictère est donc le prélude de l'infection. Chez un malade porteur d'un kyste hydatique et chez lequel survient de l'ictère, on doit craindre les plus graves accidents ¹.

Les symptômes de cette angiocholite hydatique sont les mêmes que ceux de l'angiocholite calculeuse, et une tumeur kystique s'ouvrant dans les canaux biliaires peut provoquer tous les phénomènes de la cholélithiase. La comparaison se maintient jusqu'au bout, et l'ictère hydatique a la même marche que l'ictère lithiasique : passer si l'obstacle à l'écoulement de la bile disparaît, persistant plus longtemps et déterminant même des accidents graves si la membrane ou la vésicule hydatique restent indéfiniment dans le canal cholédoque.

Tels sont les symptômes habituels de la suppuration des kystes hydatiques du foie. Malheureusement, ces symptômes passent souvent méconnus, et nombreux sont les cas où le kyste hydatique a été masqué par des affections intercurrentes et l'évolution kystique en a imposé pour d'autres maladies.

¹ Cas de Terrier, dans lequel il y eut obstruction de la vésicule biliaire par un kyste. Il s'en suivit rapidement un processus d'angiocholite infectieuse, et le malade succomba malgré l'incision de la vésicule biliaire (Gaz. de méd. et chirurgie, 1896, pag. 148).

CHAPITRE III

Traitement.

Le traitement des kystes hydatiques suppurés du foie tend vers un double but : tuer l'hydatide et les agents pyogènes ou leur donner issue au dehors. Suivant qu'on se proposera l'un ou l'autre but, la méthode variera. Dans le premier cas, nous avons la ponction et ses divers procédés.

Dans le deuxième cas, nous avons la méthode des incisions larges ou procédé Lindemann Landau.

La ponction aspiratrice simple compte encore quelques défenseurs. En 1890, sous l'inspiration du professeur Bouveret, de Lyon, Minjar expose dans une thèse qu'il faut, comme traitement des kystes suppurés, employer la ponction avec le gros trocart qui permet l'évacuation facile du pus, des débris de membrane et des cristaux de cholestérine. Malgré la purulence du liquide, les dangers de la péritonite sont bien amoindris par la fréquence des adhérences qu'on rencontre entre les feuillets péritonéaux, par suite de l'inflammation de voisinage qu'on rencontre tout autour du kyste. Degoi, dans une thèse, en rapporte huit succès. Mais il ajoute qu'il faut employer ce moyen quand on n'a pas affaire à une poche trop grande et qu'on n'a pas à craindre une suppuration trop prolongée. Donc le moyen n'a pas beaucoup de valeur. D'autre part, on ne sait jamais s'il ne se trouvera pas « une fissure » parmi les adhérences. Le procédé ne donne donc pas la certitude d'innocuité absolue.

L'idée de tuer les hydatides avec des liquides introduits dans le kyste est déjà ancienne. En 1857, sur les conseils de Dolbeau, Auguste Voisin injectait de la bile sous le prétexte que, lorsque la bile pénétrait accidentellement dans une poche kystique, elle amenait la mort des hydatides et la régression du kyste (Laveran et Teissier). Les cas de guérison ne furent pas nombreux, car, d'après les recherches de Charrin et Roger, la bile, loin d'être antiseptique, est microbienne. Plus récemment, on trouve les injections au sulfate de cuivre à 5 % et les injections au peptonate mercurique de Delpeuch¹. Nous voici arrivés aux méthodes actuelles. Trois procédés sont en présence :

1° Procédé Debove et Mesnard. — On vide le kyste, on injecte dans la poche de la liqueur de Van Swieten, qu'on laisse en contact avec la paroi pendant dix minutes. On retire ensuite par aspiration.

2° Procédé Bacelli², Sennet³. — Ils ne retirent qu'une petite quantité de liquide kystique et injectent à la place une petite quantité de sublimé qu'ils abandonnent dans le kyste.

3° Procédé Hanot⁴, Bouilly⁵. — Hanot unit les deux méthodes. Comme Debove et Mesnard, il vide la poche. Comme Bacelli et Sennet, il n'injecte qu'une quantité de sublimé inférieure à la dose toxique et l'abandonne dans la poche.

Il a injecté environ de 15 à 40 gram. de liqueur de Van Swieten. Bouilly ne fait que diminuer la dose, qui n'est plus alors que de 5 à 10 gram.

Le procédé Debove et Mesnard mérite certaines critiques qui ont

¹ Riforma medica, 1887.

² The Lancet, 1887.

³ Thèse Morin, 1889.

⁴ Congrès de chirurgie, 1892.

⁵ Forgue et Reclus ; Traité thérapeutique, tom. I, pag. 804.

été bien indiquées par Bouilly au Congrès de chirurgie de 1892. La manœuvre est longue et l'évacuation de l'injection de sublimé peut n'être pas complète. Il peut encore en rester une quantité suffisante pour causer des accidents d'intoxication. Pour obvier à cela, on a conseillé d'injecter dans la poche une certaine quantité d'eau distillée, mais on n'est pas plus sûr du résultat. « Vil-bouchevitch a récemment publié un cas d'intoxication du service de Saint-Germain. Il faut savoir que la membrane kystique, si heureusement imperméable aux agents infectieux, offre aux agents chimiques des propriétés de dialyse qui permettent au toxique de passer dans l'organe et dans la circulation. Cette propriété, sur laquelle les recherches de Chauffard et Vidal nous ont si nettement instruit, offre par contre un avantage thérapeutique: c'est grâce à elle qu'une solution médicamenteuse injectée dans un kyste peut, par diffusion, agir sur toutes les vésicules qui y sont contenues¹ ».

Le procédé Bacelli ne diminue pas assez la pression intrakystique. Dès lors, possibilité pour le liquide de passer dans le péritoine. D'où péritonite.

Le procédé Hanot-Bouilly doit être préféré parce qu'il vide complètement le kyste et qu'il n'injecte qu'une faible quantité de liquide toxique.

Juhel Renoyet Chauffard, pour obvier au danger des rétentions hydrargyriques, proposèrent le naphtol en solution telle que, si on ne pouvait le retirer, on n'eût pas des accidents d'intoxication. La solution Juhel Renoy est faite à 40 centigram. de naphtol par litre, avec autant de fois 2 milligr. de biiodure de mercure et d'iode de potassium que le malade pèse de kilogr. Chauffard² se sert d'une solution sursaturée à 1/2000, mais n'hésiterait pas à se servir d'une solution plus forte à 1/100, de façon à

¹ Dujardin-Beaumetz ; Progrès médical, 1887.

² Bul. Soc. médicale, 1889.

avoir ainsi en suspension une proportion notable de naphтол précipité, dont une certaine partie pourrait sans danger rester dans le kyste afin d'y continuer l'action parasiticide. Trélat, Terrillon¹, Spillmann², obtiennent des succès avec la solution Juhel Renoy. Mirande³ s'en montre enthousiaste. Juhel Renoy, pour obtenir la guérison d'un kyste hydatique simple, est obligé de faire dix ponctions. Les insuccès sont nombreux, et Segond, qui l'a employé deux fois sans bénéfice lui préfère le sublimé⁴.

De tous ces procédés on ne doit donc retenir que le procédé d'Hanot. Morin⁵, qui a fait une étude très approfondie de ce procédé, conclut en disant que les résultats sont encourageants. « Ils seraient même tout à fait remarquables s'il n'était pas permis de penser qu'un certain nombre de cas considérés comme guéris ont peut-être donné lieu plus tard à une récurrence. Sur 27 kystes dont 11 suppurés, il n'y aurait eu en effet que deux insuccès relatifs. J'avoue que ces résultats me semblent trop beaux et qu'une observation plus prolongée eût peut-être un peu abaissé cette proportion magnifique. Il semble en effet bien difficile d'admettre que des kystes pleins de vésicules filles et surtout des kystes suppurés, impossibles par conséquent à évacuer, puissent guérir aussi facilement même après la mort des hydatides secondaires, et l'on sait d'autre part combien ces kystes sont fréquents.

Il n'en est pas moins vrai qu'en admettant la possibilité et même la probabilité d'un certain nombre de récidives les résultats ne doivent pas moins être pris en sérieuse considération⁶ ».

Si on veut donner issue au dehors à l'hydatide et aux agents

¹ Leçons de clinique chirurgicale, 1889.

² Bulletin médical, 1889.

³ Mirande ; Thèse, Bordeaux, 1890.

⁴ Segond ; Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 1898, tom. VI, pag. 1060.

⁵ Morin ; Th. Paris, 1890.

⁶ Faure ; in Le Dentu et Delbet, tom. VIII, pag. 328.

pyogènes, on n'a qu'à faire une laparotomie en deux ou en un seul temps.

La laparotomie en deux temps ou procédé Begin Volkmann est à rejeter, car le temps presse et on n'a pas à chercher à obtenir des adhérences. Il reste donc le procédé en un temps ou procédé Lindemann Landau.

Mais, avant d'aborder l'étude de la laparotomie, il semble bon d'examiner en quelques lignes les diverses sortes de kystes qu'on peut rencontrer. C'est au mémoire de Segond¹ que cette classification est empruntée.

Segond distingue quatre variétés de kystes : 1° Si les kystes font saillie dans l'hypocondre droit, sous le rebord costal vers l'épigastre, dans la région sus-ombilicale, ce sont les kystes antéro-supérieurs. S'ils envahissent l'abdomen, faciles à sentir derrière la paroi, ce sont les antéro-inférieurs. S'ils s'accroissent vers le haut, refoulent le diaphragme, le poumon, les plèvres, le cœur, ce sont les postéro-supérieurs. Enfin, quelquefois ils proéminent dans la région lombaire, pouvant être pris pour des tumeurs du rein, on les appelle alors kystes postéro-inférieurs. De quel traitement ces diverses variétés de kystes sont-elles justiciables ?

L'opération de Lindemann Landau est de date toute récente. Ce n'est, en effet, qu'en 1779 que parut l'exposé de cette méthode². Elle ne fut guère suivie au début que par Lawson Tait, en Angleterre. En 1880, Lawson Tait communique à la Société royale médico-chirurgicale son premier cas de laparotomie pour kyste hydatique. Il n'est approuvé que par John Harley et Hulke, Hulke n'admet cette opération que pour les kystes hydatiques suppurés³. Mais bientôt elle recrute de nombreux parti-

¹ Segond ; Congrès de chirurgie, 1888.

² Kirchner Inaug' ; Dissertation, Berlin, 1879.

³ The Lancet, 1880.

sans, parmi lesquels on doit citer Olivier¹. Knowlèy Thoruton² et Harrisson Cripps. Elle n'apparaît en France qu'en 1885, à la suite du cas de Terrier. Nombreux furent d'emblée ses partisans. On doit citer Terrier, Monod, Richelot, Lucas Championnière, Reclus et Segond.

En quoi consiste cette méthode. Nous emprunterons presque tout ce qui a rapport à ce procédé à l'excellente thèse de Braine³, qui a bien résumé le travail allemand. Dans le procédé de Lindemann, on incise la paroi abdominale, péritoine pariétal compris, on suture les bords de celui-ci au moyen de fils de catgut fins et très rapprochés. Puis on fixe la poche kystique à la paroi au moyen de fils de gros catgut, conduits parallèlement à l'incision d'un angle de la plaie à l'autre à travers la tumeur qu'on attire ainsi au dehors. Par ce moyen on fait faire hernie à la paroi abdominale, empêchant ainsi la pénétration du liquide dans le péritoine lors de l'ouverture de la poche. Le kyste est alors ouvert entre les deux fils parallèlement entre eux sur la longueur de la plaie cutanée. Quand le kyste est évacué, on suture les bords du kyste aux bords de la peau.

La difficulté est de tendre les fils qui assurent seuls la fermeture de la cavité péritonéale et empêchent le passage du liquide dans le péritoine. Aussi Landau⁴ apporta-t-il à cette méthode des modifications : sans suture préalable de la peau et du péritoine, le kyste est fixé avec un fil résistant dans les angles de la plaie au moyen de deux sutures perpendiculaires à l'incision et plus ou moins profondes pour éviter tout déplacement dû aux mouvements du foie.

Puis, par deux fils de suture non fixés, le kyste est attiré hors de la cavité abdominale, ponctionné et sectionné dans toute

¹ The Lancet, 1883.

² Centralblatt für chirurgie, 1883.

³ Braine ; Thèse, Paris, 1886.

⁴ Forgue et Reclus ; tom. II, pag. 804.

l'étendue de la plaie. Ce qui reste s'écoule spontanément ou est épongé. Enfin, la paroi du kyste est excisée le plus possible, ses bords suturés à la paroi abdominale par des points très rapprochés, on fait de grands lavages dans la cavité, on y place de gros drains et on fait un pansement antiseptique.

Cette opération est bien meilleure que celle de Volkmann, qui expose à méconnaître un second kyste, tandis qu'une laparotomie complète avec examen direct du voisinage du kyste, constatation des adhérences s'il y en a, avec les organes voisins et la palpation avec la main introduite dans l'abdomen, permet presque toujours de reconnaître l'existence d'un second kyste. A égale valeur, une opération en un temps est toujours préférable, et on ne peut, avec la méthode de Volkmann, s'attaquer aux kystes profondément placés sans s'exposer aux dangers de chute de liquide septique dans le péritoine.

Examinons la méthode actuelle et le traitement pour chaque variété de kyste. Nous ne croyons pouvoir mieux faire qu'en citant la description donnée par notre maître le professeur Forgue, dans son excellent traité de thérapeutique chirurgicale, rédigé en collaboration avec le professeur Reclus : «Après aseptisation du champ opératoire, on pratique une incision qui, le plus souvent est parallèle aux fausses côtes, et dont le milieu répond au point culminant du kyste. Terrier préconise l'incision sur la ligne blanche. Nous l'adopterions volontiers dans les cas où la tumeur a son maximum de saillie sur la ligne médiane ou lorsqu'elle se porte à gauche. La séreuse une fois ouverte, le foie est à découvert ainsi que la tumeur fixée ordinairement à la paroi par des membranes qui ferment la cavité péritonéale¹.

Nous trouvons ordinairement des adhérences à cause de l'inflammation répandue tout autour du kyste par les agents pyogènes. Mais il faut vérifier si ces adhérences sont soutenues et

¹ Berliner klinik Wochenschrift, 1880.

si, suivant l'expression de M. le professeur Forgue, il n'existe pas «une fissure» par où le liquide septique puisse pénétrer dans le péritoine. En effet, si ces néo-membranes protectrices ne laissent aucun passage libre, l'opération en est beaucoup facilitée. Il n'est plus qu'à inciser le foie sur le kyste, le liquide, les vésicules s'échappent au dehors, on draine la plaie pour en maintenir les lèvres béantes et l'opération est terminée (Forgue). Dans le cas où il y aurait une fissure, on garantit alors la cavité péritonéale au moyen de compresses éponges aseptiques, puis, avec le trocart, on évacue le kyste. Lorsque la poche est vidée, elle est oblitérée par une pince à kyste, puis tirée au dehors et fixée à la paroi par des points de suture. Avec une aiguille de Reverdin courbe, on traverse à l'un de ses angles d'abord la lèvre gauche de l'incision, puis le kyste, puis la lèvre droite. L'aiguille est alors libre, on la retire armée d'un fil et on noue solidement. On fait de même à l'autre angle, on sectionne alors la tumeur d'un bout à l'autre avec des ciseaux ou un bistouri et parallèlement à l'incision cutanée, les vésicules filles et le reste du liquide sortent facilement par l'incision ainsi agrandie.

Il faut avoir soin de saisir chacune des lèvres de l'incision et de l'éverser de façon à ce que rien ne coule vers le péritoine. Puis on suture les deux lèvres du kyste aux lèvres de l'incision abdominale. Suivant la méthode employée dans le service de M. Forgue, il vaut mieux réaliser la fixation par une couronne de fils en U, dont le plein de l'anse traverse le péritoine viscéral et une mince lame de tissu hépatique, et dont les deux chefs passés à travers la séreuse pariétale accolent les deux feuillets péritonéaux. S'il s'agit de kystes multiloculaires, on incise au thermo la cloison mitoyenne de tissu hépatique.

Après les sutures, il ne reste plus qu'à insinuer la main dans la cavité pour en achever l'évacuation, puis, par un décollement doux et progressif, la main se glissant entre la couche adventice et la vésicule mère essayer de dégager cette membrane

d'aspect gélatineux assez consistante cependant pour que nous ayons pu plusieurs fois réaliser son complet clivage, facilité d'ailleurs par l'évacuation du kyste, de même que l'évacuation utérine permet le décollement placentaire (Forgue.). Il ne reste plus alors qu'à introduire dans la plaie plusieurs gros drains en flûte de Pan et à faire la désinfection au moyen d'irrigations antiseptiques, puis à faire un pansement antiseptique. Le pansement doit être changé très souvent. Dans les premiers jours, l'adhérence entre le kyste et la paroi abdominale se fait, la poche diminue de façon notable, et le travail de cicatrisation se fait par le bourgeonnement sans suppuration. Si l'antisepsie est bien faite, le bourgeonnement se fait surtout aux dépens du tissu conjonctif intercellulaire. Enfin tout tend à combler la cavité, et au bout d'un temps variable la guérison est obtenue.

« Mais le kyste est intrahépatique, une couche souvent épaisse de parenchyme recouvre la poche.

Les pinces dérapent sur cette surface lisse et friable qui rompt et saigne abondamment. Aussi pour peu que la ponction n'ait pas vidé le kyste et que des vésicules oblitèrent le trocart, il sera presque impossible de suturer la poche avant son incision large et son évacuation. Alors pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, il faudra redoubler de précautions et faire exercer par des aides habiles des pressions méthodiques dans les flancs et agir comme précédemment (Forgue). Voilà le traitement des kystes antéro-supérieurs.

Les kystes postéro-supérieurs sont d'un diagnostic fort difficile et souvent pris pour des pleurésies. Deux voies ont été suivies jusqu'à eux, l'incision antérieure et l'incision transpleurale. L'incision antérieure avec l'abaissement du foie bascule en avant et sa fixation dans cette position par des sutures appropriées est très laborieuse. Aussi a-t-on recours de préférence à l'incision transpleurale. Elle fut inaugurée en 1879 par Israel¹, de Berlin,

¹ Israel; 7^e Congrès des chirurgiens allemands.

qui la fit d'abord en trois temps. Elle fut suivie de suite par Genzmer, de Holle¹, qui la fit en un temps après larges résections costales par Bulau, de Hambourg², Owen en Angleterre³. En 1888, Segond, au Congrès des chirurgiens français, publie l'observation de deux malades traités par la nouvelle méthode et recommande l'incision en un temps de deux séreuses. Sur les indications de Segond, Maunoury, Bœckel⁴ et d'autres font l'opération en un temps avec ou sans résections costales suivant l'écartement des espaces intercostaux, et c'est cette méthode qui est employée à l'heure actuelle par tous les chirurgiens. L'incision des parties molles se fait avec ou sans résections costales, puis vient l'incision du diaphragme, la ponction du kyste, l'ouverture de celui-ci au bistouri, enfin la suture de ces parois aux lèvres de l'incision cutanée.

Si par hasard la cavité kystique communiquait avec les bronches, il ne faudrait faire que peu de lavages après l'évacuation du liquide hydatique et même s'en abstenir. Il vaudrait mieux se contenter de bien essuyer la paroi à l'aide d'éponges montées antiseptiques et bourrer la cavité pendant quelques jours à l'aide de la gaze salolée, la gaze iodoformée offrant les dangers d'intoxication⁵. Cet épongeage et ce tamponnement sont préférables aux liquides antiseptiques, les liquides employés pouvant pénétrer dans les bronches et donner lieu à des accidents mortels.

Avec Bergada, nous concluons que cette incision a sur le procédé d'Israel l'avantage d'être plus rapide. La résection ne complique ni n'allonge l'opération : elle donne un large orifice par lequel on peut facilement faire la toilette des surfaces

¹ Ibid.

² Centralblatt für chirurgie, 1885.

³ Brit. med. Journal, 1887.

⁴ Boeckel ; Gaz. hebdomadaire, 1889.

⁵ Bergada ; Th. Paris, 1889.

voisines de la plèvre et du péritoine, et l'on a une ouverture suffisante pour passer de gros drains, qui évitent la formation d'une fistule de longue durée.

Pour les kystes sous-phréniques, on peut lui substituer la voie imaginée par Lannelongue pour l'ouverture des abcès tuberculeux sous-phréniques étudiée et discutée dans la thèse de Canniot.

Ce procédé a donné un succès à Monod, qui le décrit ainsi : J'ai réséqué la partie inférieure du thorax au niveau des huitième, neuvième et dixième cartilages costaux, et j'ai pu me donner un large accès qui m'a permis d'atteindre facilement la face supérieure du foie jusqu'au niveau du bord postérieur. Dans une séance ultérieure de la Société de chirurgie, Monod ajoute qu'à la suite de constatations faites sur le cadavre, on peut pratiquer la résection de la partie antérieure et inférieure du thorax, sans toucher à la plèvre, en partant du septième cartilage costal au voisinage de son articulation avec le sternum. De là on suit une ligne oblique en bas et en dehors, qui laisse en dedans d'elle le cartilage de la huitième côte, que l'on peut enlever complètement, passe ensuite au niveau des articulations chondro-costales des neuvième et dixième côtes et vient enfin se terminer à 20 millimètres environ en arrière de l'extrémité antérieure de la onzième côte. En se conformant exactement à ces indications, on est certain de ne pas intéresser la plèvre et on obtient, grâce à cette résection, une large ouverture qui donne accès facile sur la face du foie¹.

Faure conclut ainsi : « Je pense que la résection du rebord costal permettra de traiter un certain nombre de cas et que la voie transpleurale devra être réservée à peu près exclusivement aux kystes vraiment très éloignés de ce rebord costal et qui proéminent complètement en haut et en arrière en pleine paroi costale² ».

¹ Monod ; Soc. de chirurgie, mars 1897. Semaine médicale, pag. 104, 121.

² Faure ; in Le Dentu et Delbet, tom. VIII, pag. 330.

Deux cas peuvent se présenter pour les kystes antéro-inférieurs. La tumeur émerge complètement du foie dans le ventre. Elle peut être très volumineuse et former dans le ventre une saillie plus ou moins considérable. Dans ce cas, laparotomie sur la ligne blanche et ablation totale par section du pédicule. Tels furent les cas de Terrier, Championnière et Segond. Mais, pour des kystes suppurés, il existe en général des adhérences qui rendent l'ablation totale impossible. On se contente de la marsupialisation, drainage et pansement antiseptique. Si la tumeur est en partie incluse dans le foie, pas n'est besoin de faire une laparotomie médiane, car la tumeur est en général saillante; surtout dans l'hypocondre on se contente d'inciser sur le point culminant et de réséquer tout ce qui sort du foie et d'unir les lèvres de la cavité aux lèvres de l'incision abdominale.

Les kystes postéro-inférieurs sont en général fort rares. Ils ressemblent tant à la variété précédente que l'opération est la même. Mais, le plus souvent, il vaut mieux les attaquer par la voie lombaire. « On incise toujours au point le plus saillant en passant le plus possible le long de la masse sacro-lombaire et du carré des lombes.

» L'incision est alors plus déclive et la guérison plus rapide » (Forgue). Segond cite deux cas où, après avoir incisé par la voie abdominale, il fallut inciser par la voie lombaire pour avoir la guérison¹.

De tout ce qui précède, nous voyons qu'à l'heure actuelle deux méthodes restent seules en présence dans le traitement des kystes suppurés : la ponction et ses divers procédés et l'incision abdominale ou transpleurale en un temps. Que choisir ? La ponction aspiratrice simple offre les inconvénients de la ponction avec injection parasiticide sans en avoir aucun des avantages. Les procédés à trocart sont dangereux à cause de l'ouverture un peu

¹ Segond ; in Duplay et Reclus, tom. VI, 1898, pag. 1063.

large qu'ils font sans garantie de sécurité. Il reste donc en présence la ponction avec injections modificatrices et la laparotomie. Doit-on dire, avec Mesnard et Morin, que le triomphe de la ponction avec injection parasiticide est la guérison des kystes suppurés ? Non, car, suivant l'expression de Segond, un kyste suppuré n'est plus qu'un abcès du foie, et il doit être traité comme tel. D'ailleurs, si nous nous trouvons en présence d'un kyste à poches communiquant mal ensemble, il pourra passer dans les poches une certaine quantité de liquide qu'on ne pourra pas retirer, d'où accidents d'intoxication possibles.

En 1894, M. Reclus, dans ses cliniques de la Pitié, après s'être déclaré partisan de la ponction dans la plupart des kystes, disait : « Je sais bien que Mesnard s'écrie que les injections de liqueur de Van Swieten triomphent dans le traitement des kystes suppurés. Qu'on ait observé quelques succès, le fait est certain, mais nous ne croyons pas d'une bonne chirurgie la ponction sous-cutanée, donc aveugle, de ces cavités dont le pus peut inoculer le péritoine, puis le plus souvent la suppuration continue et infecte parfois l'organisme. Aussi doit-on les traiter comme des abcès dont, en définitive, ils sont l'équivalent. Pour nous, indication formelle à la laparotomie. » La ponction a donc certains avantages et a permis d'obtenir certains succès qu'on ne peut nier.

C'est ainsi que, l'année dernière, notre maître, M. le professeur Forgue, obtint une guérison avec la ponction suivie d'injection à la liqueur de Van Swieten chez un malade qui se refusait absolument à la laparotomie. Le pus, d'ailleurs, était aseptique. Nous concluerons donc avec Faure¹ : « Les observations rapportées par Morin, de kystes suppurés guéris par l'injection antiseptique n'ont pas le don de me convaincre. Elles me laissent incertain, soit sur la véritable septicité du liquide, soit sur la réalité

¹ In Le Dentu et Delbet.

d'une guérison définitive. En revanche, je reste convaincu de la possibilité d'une évacuation incomplète et des dangers que peut faire courir l'issue, par la perforation du kyste, de quelques gouttes d'un liquide virulent.

Il faut, il est vrai, dans l'incision large, prendre des précautions pour que le liquide septique ne pénètre pas dans la cavité péritonéale, mais ces précautions prises, et elles sont en pratique faciles à prendre, il me paraît impossible de contester la bénignité relative et l'efficacité souveraine de l'incision à ciel ouvert.

Examinons les statistiques et nous verrons la parfaite innocuité de la laparotomie. La statistique de Braine, qui porte sur 66 cas, donne 7 % de cas de mort. La statistique de Korach en donne 20 %. La statistique de Poulet, parue dans la *Revue de Chirurgie*, en donne 8 % de cas de mort. Sur les 23 observations que contient notre thèse, nous ne trouvons que trois cas de mort. Le premier est celui du D^r Périer; où, par suite d'une erreur de diagnostic, le malade ne fut envoyé que très tard en chirurgie. Opéré *in extremis*, il mourut. On avait donné le temps à des infections secondaires de s'établir, qui affaiblirent la résistance organique du sujet. Le second est celui du D^r Maunoury, où le malade mourut par suite de pleurésie septique, consécutivement à la rupture des adhérences sur lesquelles on avait compté. Le troisième, enfin, est notre observation personnelle, qui avait donné un succès opératoire. Malheureusement, un pansement mal fait mit le bacille pyocyanique dans la plaie, et le malade est mort un mois et demi après l'opération. Si nous prenons les cas traités par la ponction, nous voyons que, sur les 46 cas de la thèse de Raffi, il y a 32 morts.

La laparotomie a cependant certains inconvénients ce sont : la persistance excessive des fistules qui fait que l'asepsie peut se relâcher et qu'on peut avoir une infection possible. Dans certains cas, on peut avoir une fistule biliaire qui s'ouvre par ulcération

secondaire des canaux biliaires. Enfin, on peut se trouver en présence de cavités d'un comblement très tardif. Si on examine alors les côtes voisines, on se trouve en présence d'une ostéite carieuse, et on n'obtiendra la suppression de la suppuration que par la résection des côtes. Enfin, on peut se trouver en présence de deux sortes d'accidents sur lesquels Wallher a insisté, au Congrès de chirurgie de 1895 ; ce sont les épanchements pleuraux et les poussées d'hépatite : « Les épanchements pleuraux sont bien connus des médecins et ne sont d'ailleurs d'aucune gravité. Les poussées d'hépatite ont peu attiré l'attention jusqu'à ce jour. Les malades qui en sont atteints sont pris de malaise général, d'embarras gastrique et d'élévation de la température. Ces accidents durent de cinq à dix jours et traduisent une infection hépatique dont on peut donner l'explication suivante : La pression intrakystique est toujours très grande, ainsi que le prouve la force du jet qui s'échappe après l'incision du kyste. L'incision est tout aussitôt suivie de décompression et de congestion du foie. Il se produit alors un arrêt de fonctionnement de la cellule hépatique ; dès que celle-ci ne fonctionne plus, le foie s'infecte, et c'est ainsi que peuvent s'expliquer les accidents auxquels je faisais allusion »¹. Malgré cela, nous rappelant du précepte ancien, *ubi pus ibi evacua*, nous concluons, avec M. Dieulafoy : La laparotomie est absolument indiquée dans les kystes dont les symptômes douloureux et fébriles font redouter l'infection.

¹ Presse médicale, 1895, pag. 124.

OBSERVATIONS

Première Observation (résumée).

Teale. — Brit. Med. Journal, 1883 (in thèse Potherat).

Jeune garçon, 14 ans, porteur d'un kyste hydatique, ponctionné quatre fois avec aspiration. Suppure. La tumeur est située au-dessous du rebord costal. Incision de 4 centimètres, on arrive sur la tumeur. On trouve quelques adhérences. On passe un fil pour fixer la tumeur, puis incision large. Drainage. Guérison.

Observation II (résumée).

Richelot. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1886, tom. XI, pag. 795-808.

Il s'agit d'un kyste hydatique récidivé après ponction, remplissant l'hypocondre. Il fait une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche qui l'amène sur le kyste, qu'il trouve adhérent à la paroi d'une manière très intense et en apparence très étendue. On fait une longue incision du kyste, d'où sort un litre de liquide puriforme, un nettoyage aussi complet que possible de sa cavité, et on suture la paroi kystique aux lèvres de la plaie abdominale. Drainage et pansement antiseptique. Aucun accident. Après deux mois de traitement, petite fistule.

Observation III.

Due à Rohmer (résumée in thèse Potherat).

Rapport de Berger à la Société de Chirurgie, 13 juin 1888.

Il s'agit d'un kyste antéro-inférieur qui occupait une grande partie de l'abdomen, ce qui en rendait le diagnostic difficile. On fait une ponction qui ramène du pus et des débris d'hydatides. Une incision est faite sur la ligne blanche, mais on trouve des adhérences nombreuses qui s'opposent à l'ablation totale. On fait une incision large du kyste. Il sort de 4 à 500 vésicules filles. Injections antiseptiques et drainage. Deux mois après, il ne reste qu'un court trajet fistuleux.

Observation IV.

Due au Dr Perier. — Communiquée à la Société anatomique par Rebou, 1 juin 1888

Femme traitée en médecine pour une angiocholite et une cholecystite suppurée, d'origine calculieuse. Elle passe en chirurgie. A une vomique fétide dans laquelle on trouve des crochets d'échinocoques. Donc, erreur de diagnostic.

La laparotomie conduit sur une tumeur fluctuante qu'on avait sentie par la palpation dans l'hypocondre droit, située à une profondeur extrême. Devant cette impossibilité de le suturer à la paroi, le Dr Périer prend le grand épiploon et le dispose en entonnoir autour de la base, puis il le suture à la paroi. Il espérait que les adhérences se formeraient et qu'on pourrait, le lendemain, inciser l'abcès au fond de ce couloir séreux ; mais la malade, opérée *in extremis*, mourut dans la nuit.

Observation V.

Due au Dr Reclus. — Parue dans la Gazette hebdomadaire, 9 avril 1889.

Il s'agit d'un homme porteur d'un énorme kyste du foie, remplissant l'abdomen. L'état général est grave. Le kyste est suppuré, on fait une incision de 20 centimètres à 4 travers de doigt du rebord costal et parallèlement à lui. On arrive sur le foie où se voit la marque du trocart de la ponction antérieure. La tumeur est recouverte par une lame hépatique de 2 centimètres d'épaisseur, on fait l'incision du foie au bistouri. La poche est ouverte. Il s'écoule 3 litres de pus. Le foie est incisé sur une étendue de 10 centimètres. On suture les lèvres de l'incision hépatique aux lèvres de l'incision abdominale.

La cavité de la poche est telle que la main et une partie de l'avant-bras ne peuvent atteindre le fond. Drainage avec 5 tubes à flutes de Pan. Lavage avec liqueur de Van Swieten. Nombreux débris d'hydatides. Pansement iodoformé. Rétablissement rapide de l'état général. 96 jours après l'opération, il ne restait plus qu'une petite fistulette.

Observation VI.

Communiquée par le Dr Segond au Congrès français de chirurgie, 1888.
(Résumée in thèse Potherat).

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, porteur d'un volumineux kyste de la face convexe du foie, accessible par la voie antérieure.

Il a été ponctionné 5 fois en 7 mois sans le moindre succès, on fait la laparotomie le 6 janvier 1888. Incision parallèle au rebord des fausses côtes. Evacuation de deux litres $\frac{1}{2}$ de liquide purulent et de vésicules flétries et déformées. Large inci-

sion des parois de la poche partout recouverte de tissu hépatique.

Fixation des lèvres de l'incision kystique à la peau.

Le 26 janvier, les fils sont enlevés. Au mois de mars allait très bien. A été revu depuis, guéri.

Observation VII.

Due à Eug. Bœckel. — Gaz. hebd. de Médecine et Chirurgie, 8 février 1889.

Femme de 48 ans chez laquelle on constata en août 1888, après plusieurs mois d'accidents fébriles, les symptômes suivants : la malade est pâle et très amaigrie, le côté droit du thorax est dilaté, en arrière, il est mat jusqu'à l'épine de l'omoplate ; souffle lointain en bas ; absence de vibrations. En avant, matité très compacte. Elle part de la troisième côte, se confond avec celle du foie et descend très bas dans le ventre. Son bord inférieur part du milieu des fausses côtes gauches, passe à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et descend jusque près de la crête iliaque droite. Foie ferme, presque dur et peu douloureux à la pression, teint jaunâtre, urines non foncées ; selles décolorées. Ponction faite en juillet avec la seringue de Pravaz, ramène de la sérosité et des flocons de pus épais.

15 août, incision de 0,10 cent. sur le milieu de la septième côte partiellement réséquée ; la plèvre, déchirée vers l'angle postérieur de la plaie, laisse écouler 2 litres de sérosité citrine transparente, et on aperçoit dans les $\frac{3}{4}$ antérieurs de la plaie le foie recouvert par le diaphragme et remontant jusqu'au niveau de la troisième côte. Ponction faite avec la seringue de Pravaz décèle du pus. Bœckel nettoie la plaie et ferme son ouverture avec sutures au catgut. Il plonge ensuite un bistouri dans le foie à travers le diaphragme. Il en jaillit un flot de pus à plus d'un mètre de distance. L'incision agrandie, il sort plus de deux

litres de pus mêlé à des centaines de vésicules d'échinocoques.
Cicatrisation complète.

Le 1er octobre, le foie a ses dimensions normales, le bruit respiratoire son siège normal.

Observation VIII.

Communiquée par le Dr Mannoury au Congrès de Chirurgie, 1888.

Il s'agit d'un kyste suppuré, on fait une incision dans le huitième espace intercostal, et on constate l'oblitération de la plèvre; comptant sur les adhérences, on fit sans hésitation l'ouverture et le drainage du kyste. Malheureusement, les adhérences serom-pirent, et il survint une pleurésie septique mortelle.

Observation IX.

Communiquée par le Dr Mannoury au Congrès de Chirurgie, 1888.

Il s'agit d'un kyste hydatique suppuré du foie, on fait une ouverture dans le dixième espace intercostal, on réunit par une suture les deux feuillets pleuraux divisés, puis le kyste est vidé par une ponction et la paroi suturée à la plaie. La guérison est complète.

Observation X.

Dr Lecesne. — Normandie médicale, 15 avril 1889.

Homme de 35 ans, amaigri, subictérique, présentant dans la région épigastrique un kyste hydatique. Avec une ponction capillaire, on retire un verre à bordeaux d'un liquide verdâtre épais, filant, avec globules de pus sans crochets. 15 jours après,

laparotomie, kyste de couleur grisâtre et adhérent à la face supérieure et au lobe gauche du foie. Après avoir retiré par une ponction trois litres et demi de liquide purulent et rempli d'hydatides, on attire au dehors la poche, qui a la forme d'un bissac et qui est très épaisse, et on fait la résection de la portion extrapéritonéale. Sutures à la paroi abdominale, lavages antiseptiques. Dans les jours qui suivent, la bile est évacuée en grande quantité. Trois mois après, persistance d'un petit trajet fistuleux.

Observation XI.

Dr Leprévost. — Rapport de Segond, Société de Chirurgie.

Bul. Soc. de Chirurgie, tom. XV, n^o 4, pag. 279.

Femme de 46 ans, d'un diagnostic difficile à cause de la teinte subictérique, douleurs hépatiques irradiées à l'épaule droite et décoloration des selles. Ponction aspiratrice démontre l'existence du pus. Laparotomie. Incision du kyste. Deux litres de pus et grande quantité de vésicules, large lavage. Fixation de la poche par 10 points de suture. Drainage, guérison.

Observation XII (résumée).

Due à MM. Landouzy et Segond et parue dans la thèse de Braine.

28 juillet 1885. Entre à la Charité un jeune pâtissier, âgé de 15 ans. Trois semaines auparavant, aurait craché des « grains de raisins sucés ». L'oppression, qui revenait à chaque effort, l'aurait déterminé à rentrer à l'hôpital. On pensa à un kyste ayant communiqué avec les bronches.

Le bord antérieur du foie est sensible à la palpation et à deux travers de doigt de l'ombilic. Au delà de cette région, les sensations sont moins nettes. Toute la zone sus-ombilicale est mate

d'un flanc à l'autre. Au-dessous du rebord des fausses côtes droites, est une voussure énorme convexe en tous sens et nettement fluctuante.

Frottements péritonéaux faciles à saisir avec la main. Pas de frémissement.

Rien à l'auscultation du cœur ni du poumon. Etat général bon, Diagnostic de kyste hydatique probable.

On allait faire une ponction quand, dans la nuit du 10 au 11 août, le malade fut pris de suffocations. Une vomique et une éruption d'urticaire sur le thorax et l'abdomen s'ensuivirent. La poche hépatique est affaissée. Les matières vomies furent jetées par mégarde. Le poumon droit est plein de râles muqueux fins et moyens.

La fièvre est vive. La température, qui était de 37° le 14, est montée à 40° le 20. La tumeur est reproduite. L'état général est grave. La température locale au niveau de la tumeur est très élevée.

On fait une incision large le 28 août.

L'incision est de 15 à 29 centim., parallèle au rebord des fausses côtes droites et à deux travers de doigt au-dessous. Après une hémostase complète, on fait la section du péritoine pariétal dans toute l'étendue de la plaie. Pas d'adhérences. Le péritoine viscéral est un peu dépoli. La membrane kystique, partout recouverte de tissu hépatique, n'est apparente en aucun point, mais la résistance spéciale de la face antérieure du foie fait espérer que la poche n'est pas loin.

La ponction aspiratrice donne issue à de la sérosité louche. Cette évacuation permet de plisser la face antérieure du foie et de la fixer avec une pince. Cette fixation était d'autant plus utile que le foie était mobile et suivait tous les mouvements respiratoires.

Deux fils sont passés aux extrémités de la plaie et perpendiculairement à son grand axe pour fixer le foie contre la paroi

abdominale. On fait une ouverture large du kyste. On n'arrive dans son intérieur qu'après avoir sectionné une couche hépatique de 1 centim. à 1 centim. 1/2.

L'hémostase se fait par la compression. Il sort du liquide séro-purulent et des vésicules en grande abondance. Le liquide dernier n'est pas purulent et renferme beaucoup de bile.

Ayant constaté que les parties déclives du kyste descendent au-dessous du niveau de la plaie abdominale et forment un cul-de-sac favorable à la stagnation des liquides, on attire au dehors les parois kystiques et le tissu hépatique qui les recouvre, puis on résèque une quantité égale à l'étendue des deux mains. Pour terminer l'opération, on suture les lèvres de l'incision hépatique à la plaie abdominale par une couronne de sutures assez rapprochées. Après la suture, on fait des lavages phéniqués, et on applique quatre gros drains longs de 15 centim.

Pansement avec gaze iodoformée, ouate hydrophile et bandage de corps. Il ne fut pas possible de découvrir l'orifice de communication avec les voies respiratoires.

Les suites furent simples jusqu'au 27 septembre. Seule chose à signaler : Ecoulement abondant de bile qui imprégnait le pansement tous les jours.

27 septembre. Le malade contracte un érysipèle. En même temps, apparaissaient une congestion pulmonaire de la base droite et une broncho-pneumonie pseudo-lobaire des 2/3 inférieurs du poumon gauche. Ces complications cessèrent le 18 octobre.

A partir de ce moment, tout alla bien. Il resta cependant une fistule qui mit longtemps à s'oblitérer.

Observation XIII.

Brünner. — Münchn. Woch., 1891.

Femme de 27 ans, entre à l'hôpital avec des signes d'une tumeur du foie remontant jusqu'à la quatrième côte et à trois doigts au-dessous de l'angle de l'omoplate en arrière, déplaçant le cœur et débordant de deux doigts l'hypocondre droit. Etat général peu altéré. Ponction exploratrice évacue un liquide jaune brunâtre purulent, inodore. Se croyant en présence d'un empyème, il fait la thoracotomie dans le huitième espace et découvre alors le diaphragme fortement tendu. Celui-ci fut suturé et ouvert, il s'échappa une grande quantité de liquide renfermant des débris de membrane. La poche fut lavée au sublimé, mais la cavité aux parois calleuses ne diminuait que lentement. Un an après, il s'échappait encore, de la fistule, des débris d'échinocoques. Brünner élargit la fistule et cautérise les parois de l'abcès avec le thermo-cautère, ce qui détermine hémorragie secondaire et néphrite. Après quatre mois, guérison.

Observation XIV.

Thèse de Champenois, Paris, 1896.

D... Eugène, 33 ans. A l'âge de 11 ans, le malade, souffrant de douleurs à la région épigastrique, aurait constaté en cet endroit une tumeur. Pas de dyspepsie ni vomissements. A de très longs intervalles, le malade a des crises douloureuses avec sensation d'étouffement et d'oppression. A 18 ans, ponction par M. Cusco. Il y a six ans, nouvelles crises douloureuses avec angoisse respiratoire; les crises s'accompagnent de teinte subictérique des

conjonctives et de la face, qui disparaît au bout de deux ou trois jours. Ces crises reviennent une fois par an.

Il y a un an, les crises ont augmenté de nombre. Il y en a eu quatre. Dans une, l'ictère a duré cinq jours.

Digestions pénibles, dégoût pour la viande. A la palpation de la région épigastrique, on sent une tumeur très mobile. En contourant la tumeur, on ne peut atteindre le foie, qui ne déborde pas les fausses côtes.

Opération. — Incision sus-ombilicale. Une ponction inutile. Les adhérences permettent d'inciser le kyste avant d'entrer dans le péritoine. Evacuation longue et difficile de nombreuses vésicules flétries et mortes avec très peu de liquide, les unes blanches, les autres jaunes de vieille bile et d'une fétidité particulière. Pas de pus. Injection de sublimé. On libère le kyste en rompant les adhérences. Une partie de la poche fibreuse est en dehors du parenchyme ; on la résèque puis on draine. Les jours suivants, issue de beaucoup de bile, mais après plusieurs pansements soigneusement faits, l'écoulement se tarit et le malade guérit.

Observation XV.

Champenois.

F. Héloïse, journalière, 60 ans. 1893.

Tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus, fluctuante, mobile. Elle est située au milieu et un peu à gauche dans les régions épigastrique hypocondriaque gauche et ombilicale. Petites douleurs, mais beaucoup d'inquiétude de la part de la malade. Diagnostic incertain. Kyste du foie probable.

Opération. — Incision médiane sus-ombilicale descendant un peu au-dessous de l'ombilic. Masse couverte et fluctuante sur bord antérieur du foie. Des éponges sont placées circulairement

et ponction avec un gros trocart. Il sort un grand nombre d'hydatides, la plupart flétries avec un liquide louche puriforme à odeur sui generis. Injection de sublimé dans intérieur évacue vésicule-mère par grands lambeaux et hydatides filles en totalité. Pas de résection, le kyste étant intra-hépatique. La poche est fixée à la paroi. Un drain est placé.

Suites nulles, cicatrisation rapide sans suppuration. Le malade sort au bout de trois semaines.

Observation XVI.

Champenois.

M. Angeline, 1893.

Malade en plein état fébrile. On sent une tumeur fluctuante débordant les côtes, descendant très bas, mais présentant un bord oblique, celui du foie. Douleurs. Diagnostic kyste suppuré.

Opération. — Incision sur le bord externe du grand droit, on trouve des adhérences totales d'une masse épaisse d'épiploon à la paroi abdominale et à la tumeur, cette masse est traversée, et on aborde la tumeur en n'ayant ouvert le péritoine qu'à l'angle inférieur de la plaie, point facile à protéger. Ponction avec le bistouri. Un flot de pus très fétide inonde le champ opératoire. Ecoulement facile sans précautions, épongeage et lavage au sublimé. La poche fibreuse n'est pas réséquée, car il faudrait rompre les adhérences, ce qui risquerait de compromettre le péritoine, on y place un gros drain et ferme le péritoine à l'angle inférieur.

Les suites opératoires furent nulles. La malade, revue en 1896, est guérie.

Observation XVII.

Communiquée par le Dr Reynier au Congrès français de Chirurgie de 1893.

Il s'agit d'un homme de 50 ans. Il entre à Tenon le 23 novembre 1892. Il y est soigné pour une broncho-pneumonie. On constate alors une voussure siégeant au niveau du lobe gauche du foie, ayant la largeur de la paume de la main. Le malade avait la grosseur depuis cinq ou six ans sans s'en être occupé. Pas de douleurs à la pression ni spontanément, un peu de pesanteur dans la région.

La broncho-pneumonie guérie, on fait une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, il sort un liquide clair comme de l'eau de roche.

Deux jours après, avec l'aiguille n° 2 de Potain, on fait une ponction exploratrice. On a la sensation que l'aiguille traverse une coque épaisse qu'on a de la peine à perforer. Il sort 400 grammes de liquide clair, et on injecte 100 grammes de liqueur de Van Swieten qu'on retire au bout de 10 minutes. On a des difficultés pour retirer l'aiguille, qui sort tordue. Dès le soir, la température monte, atteint 40°, puis retombe. En même temps douleurs modérées au niveau du kyste.

Au bout de quinze jours, le malade ne se plaint de rien. On l'envoie à Vincennes. La voussure du lobe gauche n'a pas varié.

17 janvier 1893. — Le malade revient de Vincennes. La voussure a triplé de volume et s'étend vers l'hypocondre droit. Le malade éprouve une pesanteur incommode et des douleurs très vives. Pas de température le matin et le soir.

On fait une nouvelle aspiration qui donne issue à un verre de pus où sont des hydatides. On fait un lavage au sublimé avec aspiration du liquide antiseptique qui ne reste pas dans la poche.

Les jours suivants, douleurs violentes dans le ventre, partant du kyste. La température remonte.

24 janvier. — Le malade passe dans mon service. Il est très oppressé. 28 inspirations par minute. Météorisme développé, ni hoquet, ni vomissements. Dans la nuit, vomissements bilieux. Il n'avait depuis la veille rendu aucun gaz par l'anus. Météorisme plus développé. Faciès plus grippé. Pouls petit, fuyant. Je diagnostique une péritonite et je décide d'intervenir.

Incision sur la ligne médiane, j'arrive sur un péritoine adhérent à la partie supérieure au voisinage du foie. A la partie inférieure, j'ouvre le péritoine et arrive dans la cavité abdominale. A peine le péritoine était ouvert qu'une sérosité verdâtre et du pus s'écoulaient. Je trouve les anses intestinales agglutinées, les sépare et arrive dans une cavité contenant du liquide péritonéal en plus grande abondance. Je laisse écouler, éponge soigneusement en maintenant les anses intestinales distendues avec des éponges. Je trouve le bord du foie auquel l'épiploon était adhérent. En le détachant du foie, je mets à nu la face supérieure, présentant une voussure, au centre de laquelle se trouve un orifice correspondant au trou du trocart et par lequel s'écoulait du pus. Cet orifice était masqué par l'épiploon adhérent à ce niveau.

Je fais une ponction avec un gros trocart, retire un demi-litre pus. Le trocart en place servant comme guide, j'incise le foie avec un thermo-cautère. Je traverse une couche de 1 centim. d'épaisseur et tombe dans une cavité vidée par l'aspiration, j'agrandis mon incision hépatique en faisant une ouverture de 3 cent. de long pouvant admettre les deux doigts. Aucune hydatide ne sort. La cavité est très profonde, s'étend vers le lobe droit, et avec peine, on arrive à en sentir le fond. Je fixe alors les bords de mon incision hépatique aux lèvres de mon incision et à la peau avec des points de suture, de la soie et des crins de Florence en ayant soin d'accoler une large surface péritonéale

au foie. Je passe alors deux gros drains en canon de fusil, et, faisant un drainage à la Mickulicz avec de la gaze salolée qui au-dessous du foie plonge au milieu des anses intestinales, je ferme le reste de mon incision.

Le lendemain, le malade allait mieux, l'oppression avait disparu. La température était 37°2. Quelques vomissements mais attribués au chloroforme.

29 janvier. — Le malade par l'effet du nitrate de magnésie est allé à la selle. La température, qui était montée à 38°, est descendue à 37°. Le pansement est levé. Il a peu suppuré. La mèche salolée est très adhérente, on ne l'enlève pas.

31 janvier. — Nouveau pansement, retire la mèche et la remplace par un petit drain.

1^{er} Février. — Dans la nuit une vomique. Le malade crache du pus sans grand effort de toux. Evidemment nouveau kyste a du s'ouvrir dans les bronches.

5 Février. — Pas de douleur, on enlève le drain. Pas de température. Quelques crachats seulement, délire regardé comme délire alcoolique. J'ordonne la potion de Todd et de l'extrait thébaïque au lieu de lait.

6 Février. — Malade plus tranquille.

10 Février. — Le malade est tranquille. Plus de délire. La cavité diminue. Retire un drain.

15 Février. — Le malade engraissait, lorsque le lit est inondé par un écoulement verdâtre qui est de la bile. Le pansement est refait. Pas de malaise, pas de fièvre. Le stylet entre de 12 c. dans la cavité. On a une fistule avec un gros canal biliaire.

25 Février. — Ecoulement de la bile a presque cessé.

19 Mars. — Le malade est convalescent, ne suppure plus. Le stylet entre seulement de 5 cent.

Aujourd'hui le malade a une fistulette, a engraisé, se porte bien. Est considéré comme guéri.

Observation XVIII.

Communiquée par le Dr Gaillard à la Société médicale des Hôpitaux, 19 avril 1895.

Homme de 40 ans, reçu à l'hôpital avec le diagnostic d'obstruction intestinale. Violentes douleurs au niveau du bord inférieur du foie. On peut croire à des coliques hépatiques, car, pendant deux jours, teinte légèrement ictérique et décoloration des selles. Mais la douleur cède assez rapidement, tandis que le foie reste assez volumineux et que l'hyperthermie s'installe. Une ponction capillaire dans le lobe droit ramène du pus point mêlé de bile, et l'incision large donne un litre de pus contenant plusieurs hydatides et des pneumocoques, guérison. L'origine de l'infection est obscure, car le malade n'a jamais eu de pneumonie.

Observation XIX.

Due à M. le Dr Bataille et communiquée à la Société de Médecine de Rouen le 12 juillet 1897.

Il s'agit d'un homme âgé actuellement de 32 ans.

En 1895, il a consulté le docteur Pétel pour une tumeur qu'il portait au niveau de l'hypocondre droit. M. Pétel a diagnostiqué un kyste hydatique du foie. Il a, par une ponction, retiré le liquide. Pendant plus d'un an, l'individu s'est cru guéri.

Cette année, la tuméfaction s'est reproduite ; à son entrée à

l'Hôtel-Dieu, elle est appréciable à la vue et au toucher ; elle occupe l'hypocondre droit et une partie de la région épigastrique ; la surface est régulière et élastique. Les douleurs sont peu marquées, mais le malade a maigri et se sent faible ; pas de frémissement hydatique.

Rien à signaler du côté des appareils digestifs, circulatoire et pulmonaire ; urines normales.

L'opération est faite, le 4 mai, en présence des docteurs Pétel et Choiseau.

Anesthésie au bromure d'éthyle, puis au chloroforme.

Je fais une incision de 10 centimètres sur la partie la plus saillante de la tumeur, parallèlement aux fausses côtes. Le péritoine ouvert, le kyste est reconnu à sa surface blanchâtre. Je fais une ponction d'abord avec un gros trocart de l'appareil Potain. Il sort du pus, mais l'écoulement est vite arrêté, sans doute par quelque vésicule. Le trocart est remplacé par un autre beaucoup plus gros, celui qui sert à ponctionner les kystes ovariens.

Le péritoine est bien protégé contre toute effusion de liquide par des compresses stérilisées. Par le gros trocart, il sort environ deux litres de pus ainsi qu'un grand nombre de vésicules filles.

Je fixe le kyste au péritoine pariétal par une couronne de sutures empiétant les unes sur les autres.

J'agrandis ensuite au bistouri l'ouverture faite par le trocart, ce qui amène l'issue de nouvelles vésicules. Les bords de cette ouverture sont suturés à la peau de façon à éviter toute infiltration dans les muscles ou sous la peau.

Deux gros drains sont introduits et servent à faire le lavage de la poche kystique au moyen d'eau bouillie.

Pansement avec gaze iodoformée, gaze salolée, ouate, le tout maintenu par un bandage de flanelle.

Les suites ont été très simples. Pas de douleur ni de fièvre. Les pansements ont été faits d'abord tous les jours.

Pour faciliter la sortie des vésicules, il fallait retirer les drains. On voyait, en faisant tousser le malade, les vésicules se présenter successivement à l'orifice de la poche, s'allonger et sortir en reprenant leur forme sphérique.

Plus tard, la membrane-mère a été éliminée par petites parcelles de plusieurs centimètres d'étendue.

Actuellement, le malade conserve une fistule par laquelle passe un drain. La poche contient environ un verre d'eau bouillie.

L'état général est bon, et le malade va reprendre ses occupations dans une banque.

Observation XX.

Due au Dr Posadas, professeur de médecine opératoire à Buenos-Ayres.
Revue de Chirurgie, mars 1899.

Maria Stella, 7 ans. Kyste du volume d'une tête d'adulte, occupant la face convexe du lobe droit du foie uniloculaire sans vésicules-filles. Le liquide hydatique suppure, est d'odeur fétide. Il y avait des têtes de ténias. Incision large, marsupialisation et drainage. Guérison après trois mois de suppuration profuse.

Observation XXI.

Fabio Lopez, 8 ans. Kyste du volume de tête d'adulte occupant la face convexe du lobe droit du foie uniloculaire avec vésicules-filles. Liquide hydatique suppuré d'odeur fétide. Incision large, marsupialisation et drainage. Guérison après trois mois.

Observation XXII.

Communiquée par M. Dieulafoy à l'Académie de Médecine, 31 mai 1899.

Presse médicale.

Le 27 mars, entrant salle Saint-Christophe, n° 4, un homme de 25 ans, plâtrier de son état, récemment libéré de son service, qu'il avait fait en Algérie.

Ce malade était atteint d'une volumineuse tumeur douloureuse qui déformait l'hypocondre et la base de la poitrine du côté droit. Le début apparent du mal remontait à quatre mois environ. A cette époque, cet homme faisait à pied le trajet qui sépare El Goléa d'Alger, quarante-cinq jours de marche environ, lorsque, vers la fin du voyage, il ressentit une douleur sourde au niveau des dernières côtes du côté droit. Cette douleur ne l'empêcha pas toutefois de continuer sa route ; puis, libéré de son service, il s'embarqua, retourna en France, et reprit son métier de plâtrier. Après une accalmie de quelques semaines, les douleurs reparurent à l'hypocondre droit, plus vives que la première fois et exaspérées par les mouvements et les efforts respiratoires. En outre, cet homme s'aperçut de la déformation et de la voussure de la région douloureuse. A dater de ce moment, douleur et déformation thoraco-abdominale prennent de telles proportions que le malade cesse tout travail et entre à l'hôpital.

Il a dans son lit une attitude spéciale, il est accroupi, les cuisses et les jambes sont fléchies, les genoux et les jambes sont ramenés vers le menton, et dans ses bras il enserre la partie inférieure des jambes. C'est la seule position qui lui soit supportable et qui atténue ses souffrances ; veut-il s'étendre dans son lit, fait-il des mouvements brusques, ou des respirations profondes, les douleurs reparaissent avec intensité. Les douleurs occupent la

base droite du thorax, remontent vers l'épaule et sont souvent accompagnées de sensations de déchirement, d'angoisse et d'étouffement. Le sommeil est pénible et difficile, car les douleurs augmentent d'intensité aussitôt que le malade quitte sa position accroupie. Quand il marche, il se tient courbé en avant, cherchant toujours à relâcher la sangle abdominale qui comprime la tumeur.

Cette tumeur est volumineuse, elle refoule en avant et en dehors les quatre dernières côtes ; les espaces intercostaux sont élargis, et tout l'hypocondre droit forme une forte voussure. La mensuration du thorax pratiquée au niveau de la huitième côte, qui est la plus saillante, donne 47 centim. de demi-circonférence à droite, tandis que la demi-circonférence du côté gauche ne donne que 42 centim. La peau de la région est parcourue de petites veinules bleuâtres qui témoignent de la gêne circulatoire des régions profondes.

La tumeur siège en grande partie sous les dernières côtes, qu'elle soulève, mais elle les déborde largement en faisant une forte saillie dans l'abdomen, on la circonscrit facilement par la palpation. Elle est ferme et lisse, sans la moindre bosselure.

Elle occupe une partie de la région sus-ombilicale. Dans son développement, elle a déplacé le cœur à gauche.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie s'impose ; le siège de la tumeur abdomino-thoracique, les caractères de la tumeur, sa continuité avec le foie, son mode de développement ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'un kyste hydatique du foie.

Tous les autres organes étaient sains, l'auscultation des poumons et du cœur était normale, l'appétit était conservé. J'évaluai à trois litres la quantité de liquide contenu dans le kyste hydatique, et je pensai aussitôt à l'intervention chirurgicale.

Mais cette intervention, quelle devait en être la nature ?

Pouvait-on se contenter d'une simple ponction aspiratrice et vider ce kyste hydatique comme on vide une pleurésie, ou bien

fallait-il recourir à la laparotomie suivie d'ablation du kyste ? tel était le point à discuter. Je me décidai pour la laparotomie. En voici les raisons : le malade avait la fièvre depuis deux jours, et son kyste était fort douloureux.

Je pensai en conséquence que ces symptômes pouvaient être l'indice d'une infection du kyste. L'opération fut pratiquée sans tarder, le 4 avril, par M. Marion, chef de Clinique de M. le professeur Duplay.

Résultats. — Une incision verticale est faite sur la partie latérale de l'abdomen au point le plus saillant du kyste. Cette incision part des fausses côtes et dépasse en bas le niveau de l'ombilic. Une fois la paroi abdominale ouverte, on tombe sur le kyste, dont la paroi épaisse, blanchâtre, fortement vascularisée, présente des adhérences avec les parties voisines. Le kyste est alors ponctionné, et on retire trois litres d'un liquide légèrement louche, ce qui témoigne d'un début de suppuration. Après la ponction, la poche s'affaisse ; on l'ouvre largement et on retire l'épaisse membrane hyaline blanchâtre qui forme la poche kystique et dont la face interne granuleuse, riche en échinocoques représente la membrane fertile du kyste. Il s'agissait bien d'un kyste hydatique uniloculaire, il n'y avait même pas de vésicules filles. Le liquide contenait des crochets d'échinocoques et des leucocytes. La poche kystique ayant été enlevée, la paroi fibreuse du kyste est marsupialisée, et la cavité est tamponnée avec de la gaze stérilisée.

Les suites ont été des plus simples, bien que la température se soit élevée pendant quelques jours à plus de 38°, car il ne faut pas oublier que le kyste était en voie d'infection. Peu à peu, les parois de la cavité kystique se sont rétractées, et, le 8 mai, la plaie est cicatrisée, l'opéré est en parfait état de santé et la région déformée a repris sa conformation naturelle.

Observation XXIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue.

Il s'agit d'un malade âgé de 26 ans, déménageur.

De constitution faible et malade, il entre dans le service de M. le professeur Grasset, le 2 mars 1899, après avoir été soigné environ un mois en ville pour embarras gastrique fébrile et congestion hépatique.

A son entrée, le malade est manifestement ictérique. Il présente plutôt une teinte jaune terreux qu'une teinte jaune d'or franche. Il est amaigri et se plaint de mal digérer et d'avoir perdu l'appétit.

La région hépatique n'était pas douloureuse. Il y a une teinte jaune des conjonctives et des muqueuses manifeste. Pas de ralentissement cardiaque.

On pensa à un ictère catarrhal, qui fut traité par le mélange donné dans le service.

Bicarbonate de soude	} ad 50 gram.
Sulfate de soude	

Une cuillerée à café tous les matins. En même temps on prescrit le régime lacté. Les selles ne sont pas caractéristiques de l'ictère et sont légèrement colorées.

Les jours qui suivent n'ont rien de particulier, mais la teinte jaune persiste. De plus, la région hépatique persiste à n'être pas douloureuse. A son niveau, existe manifestement le réflexe abdominal très net. La moindre excitation (frôlement digital) suffit à le mettre en évidence.

Il est très énergique dans la région de l'hypocondre droit et va diminuant jusqu'à la fosse iliaque du même côté ; il n'existe pas à gauche.

Du côté droit, le ventre supérieur du grand droit est manifestement contracturé. Il est impossible de vaincre cette contracture, nullement douloureuse.

Ces deux phénomènes ont persisté pendant tout le temps que le malade a passé dans le service de M. le professeur Grasset.

A plusieurs reprises, il a présenté des poussées fébriles de la durée de 3 ou 4 jours ; une d'entre elles a été très marquée, et la température s'éleva jusqu'au-dessus de 40°. On pensa même à cette époque baigner le malade.

Il maigrissait à vue d'œil, et l'examen du thorax fut pratiqué, car on craignait une bacilliose. Il fut d'ailleurs négatif.

L'ictère persistant, on traita le malade par des doses de calomel fractionnées et des lavements froids.

L'état du malade était stationnaire quand on aperçut une tuméfaction dans la région de l'hypocondre droit, tuméfaction peu marquée au début et faisant saillie sous le rebord costal. On pensa à la vésicule biliaire distendue, mais la tuméfaction augmentant en même temps que de la fièvre continue et peu élevée s'installait, on pensa à un kyste hydatique suppuré ou à un abcès du foie. Les antécédents du malade permirent de se ranger à la première opinion, car il avait manifestement les petits signes indiqués par Dieulafoy. « Dégout de la viande et des matières grasses ; sensation de pesanteur et de tiraillement dans la région hépatique ».

On fit alors appeler en consultation M. le professeur Forgue, qui, en présence de la tuméfaction hépatique de la contracture de la partie supérieure du grand droit et de l'état fébrile persistant, porta le diagnostic de kyste hydatique suppuré. Le malade fut alors préparé à l'intervention et évacué dans le service de M. le professeur Forgue.

Opération. — L'opération est pratiquée le 28 mars. Une incision est menée à droite, au niveau des fibres externes du grand

droit, depuis le rebord costal jusqu'en un point qui est de niveau avec l'ombilic. Les deux lèvres musculaires étant écartées par deux écarteurs de Trélat, la séreuse est soulevée avec une pince à griffe et ouverte en un point ; cette ouverture de la séreuse est prolongée au ciseau en haut et en bas, et de chaque côté, trois pinces à forcipressure saisissent et repèrent le péritoine. La tuméfaction hépatique est ainsi mise à nu : elle a une coloration rouge foncé, et suit nettement les mouvements respiratoires du diaphragme, ce qui permet d'établir que les adhérences ne sont point nombreuses entre sa surface et le péritoine pariétal. En effet, insinuant ses doigts au-dessous des deux lèvres, M. Forgue ne rencontre des adhérences que sur le côté droit de la tumeur et quelques-unes plus faibles en haut et à gauche. Trois compresses de gaze stériles sont engagées, l'une sous la lèvre droite, l'autre sous la lèvre gauche ; une troisième, par plis épais, est mise à cheval sur la commissure inférieure de l'incision. La lèvre droite et la lèvre gauche de l'incision, compresses y comprises, sont chargées avec un large écarteur de Segond. Au milieu de la surface de la tumeur ainsi découverte, on plonge le gros trocart de Potain ; du pus s'écoule, dont on évacue ainsi près d'un 1/2 litre. Puis, comme le jet s'arrête et comme il est probable qu'une membrane oblitère le trocart, M. Forgue, après avoir vérifié la protection du péritoine par les trois compresses contenues sous les lèvres de l'incision, plonge le bistouri le long du trocart, débride de bas en haut sur une hauteur de 7 cent. environ en traversant une coque hépatique de 1 cent. 1/2 environ. Un flot de pus s'écoule mêlé à des vésicules filles.

Avec des tampons montés, pendant que deux pinces larges à abaissement saisissent et portent au dehors les deux lèvres de l'incision hépatique, on complète l'expulsion des vésicules filles et le nettoyage de la poche purulente.

Il est facile dans un dernier temps, la main se glissant entre

la couche adventice et la vésicule mère, de décoller et d'enlever cette dernière d'une façon presque complète. Sur le côté gauche de l'incision, il est possible, en s'aidant de la traction progressive de pinces à abaissement, de dégager et de réséquer une bande de la coque hépatique d'une largeur de trois travers de doigt à peu près. Ceci fait, la poche étant nettoyée et quatre pinces à abaissement maintenant les lèvres de son incision, on suture ces dernières aux deux bords de l'incision musculo-aponévrotique par une couronne de huit fils en U. Deux gros drains en canon de fusil sont placés au fond de la poche. En haut et en bas, deux points au crin de Florence traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale, réduisent l'incision aux dimensions qui répondent à l'abouchement de la poche à la peau.

Suites opératoires. — Les suites opératoires immédiates furent parfaites.

Le malade qui, le matin de l'opération, avait 38°5, était le lendemain descendu à 37°.

Pendant dix jours, cet état excellent se maintint. Le malade reprenait des forces, commençait à supporter l'alimentation ; son faciès était très amélioré et la guérison paraissait probable.

Le 10 avril, après un pansement fait par un externe, la température montra une brusque élévation à 39°4 ; le surlendemain, en défaisant le pansement, on s'aperçut que la plaie était infectée par le bacille pyocyanique ; l'infection s'était produite dans une petite salle de pansement, où était soigné un brûlé atteint de cette infection.

A partir de ce moment, tout fut remis en question ; deux jours après, on trouvait les pièces de pansement imbibées de bile ; une fistule biliaire secondaire s'était ouverte, due vraisemblablement à l'infection de la plaie opératoire. Grâce à l'antisepsie des pansements, on put espérer que la guérison pourrait être obtenue.

Vers la fin d'avril et pendant près d'une semaine, du 28 avril au 4 mai, la température était revenue aux environs de la normale. Mais l'état général restait précaire; la dénutrition s'accroissait, le malade avait un grand dégoût pour les aliments.

La fistule biliaire donnait issue à une quantité abondante de bile qui pénétrait toutes les pièces de pansement et qu'on peut évaluer à 3 ou 400 grammes dans les 24 heures. Le 8 mai, M. Forgue, après avoir fait donner quelques gouttes de chloroforme, dilata fortement le trajet avec le dilatateur gouttière de Tripier et essaya de se rendre compte de la disposition profonde des parties; mais le malade, très faible, faillit succomber sur table à cette légère anesthésie; une abondante hémorragie se produisit et on tamponna fortement la couche profonde de 3 cent. environ. Il fallut devant la faiblesse du sujet abandonner le projet rationnel d'explorer complètement le trajet fistuleux et de marcher jusqu'à la lésion qui entretenait l'écoulement biliaire. Le tamponnement serré, qui, pendant 24 heures, avait réduit considérablement l'écoulement de bile, ne donna plus par la suite les mêmes résultats; l'écoulement biliaire redevint abondant, et le malade succombait à la dénutrition progressive, plus de deux mois après l'intervention. Il est regrettable qu'une opposition formelle ait été faite à l'autopsie: il a été impossible de se rendre compte des conditions anatomiques exactes de la fistule biliaire, de son mode de production, des chances de curabilité opératoire qu'elle pouvait offrir; on n'a pas pu vérifier non plus quel était l'état de la glande hépatique autour de l'abcès et s'il n'existait point, dans la profondeur même de l'organe, d'autres kystes abcédés.

CONCLUSIONS

L'infection et la suppuration sont des complications rares des kystes hydatiques du foie.

L'infection, pour gagner le kyste, suit plusieurs voies : les voies biliaire, sanguine et lymphatique. Le kyste hydatique peut aussi suppurier à la suite d'un traumatisme. La voie biliaire est responsable de plus de la moitié des cas de suppuration.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade présentant des phénomènes généraux fébriles, une tumeur douloureuse à la pression et de la contracture de défense musculaire, c'est-à-dire présentant les symptômes d'une infection commençante ou effectuée, on doit recourir d'emblée à l'incision large en suivant les indications fournies par le siège du kyste.

Le pronostic est bénin si on ne laisse pas s'établir des complications qui aboutiront à des suppurations secondaires, capables d'affaiblir la résistance organique du sujet.

On doit faire : 1° pour les kystes antéro-inférieurs : laparotomie sur le point culminant de la tumeur ;

2° Pour les kystes antéro-supérieurs : laparotomie avec ou sans résection costale ;

3° Pour les kystes postéro-supérieurs : laparotomie avec la bascule de Landau, mais de préférence incision transpleurale ou procédé de Lannelongue ;

4° Pour les kystes postéro-inférieurs : incision lombaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1879. **RENDU.** — Dict. encyclopédique des sciences médicales, 4^e série
T. III. p. 209-250 *bis*, 250 *ter*.
KIRCHNER. — Inaug. Dis. Berlin.
ISRAEL. — 7^e Congrès des chirurgiens allemands.
1880. **LANDAU.** — Berliner Klinik Woch. p. 93, n^o 7 et 8.
1882. **LAWSON TAIT.** — Brit. Méd. Journal, 11 juillet.
1884. **MESNARD.** — Kyste hydatique suppuré traité par injection subli-
mé. Gaz. des sociétés médicales, Bordeaux, n^o 351.
1886. **Soc. de chirurgie, Discussion**, 17 février.
POULET. — Revue de chirurgie, p. 441.
BRAINE. — Th. Paris.
RECLUS. — Gaz hebdomadaire, p. 237.
TRELAT. — Sem. méd. p. 378.
GUYOT. — Soc. des hôpitaux.
GERIN-ROZE. — Soc. des hôpitaux.
SEVESTRE. — Soc. des hôpitaux.
1887. **BOUVERET.** — Lyon médical.
SEGOND. — Soc. de chirurgie, 6 avril.
TRELAT. — Soc. de chirurgie, 26 janvier.
BAUDOUIN. — Progrès médical, p. 213.
CYR. — Traité pratique des maladies du foie.
1888. **LETULLE.** — Soc. anatomique.
SEGOND MAUNOURY POZZI. — Congrès français de chirurgie.
DEMARS. — Th. Paris.
CHARRIER. — Th. Bordeaux.
LECLERQ. — Th. Nancy.
PAGET. — Kyste hydatique suppuré. Incision drainage, guérison.
Brit. Med. Journal, p. 809.
1889. **LEPREVOST.** Rapport Segond. Bull. de Soc. de chirurgie. T. XV.
n^o 4, p. 274.

- LECESNE. — Normandie med. 15 avril.
BERGADA. — Th. Paris.
BOURGUET. — Th. Montpellier.
MINJARD. — Th. Lyon.
POTHERAT. — T. Paris.
QUENU. — Gaz. des Hôpitaux.
1890. MAUNY. — Th. Paris.
DYLION. — Th. Paris.
JUHEL RENOV. — Kyste suppuré traité par injections de naphтол.
Soc. méd. des hôpitaux. 13 juin.
1891. DUPRÉ. — Thèse. Paris.
CHAUFFARD ET VIDAL. — Recherches sur les processus infectieux
et dialytiques dans les kystes du foie. Soc. médicale des hôpi-
taux. 17 avril.
GALLIARD. — Soc. des hôpitaux.
RAFFI. — Th. Paris.
MORIN. — Th. Paris.
MORE. — Il morgagni.
BRUNNER. — Münchn Woch.
MICHAUX. — Congrès français de chirurgie.
1892. BOUILLY. — Congrès français de chirurgie.
SCHWARTZ. — Soc. de chirurgie, 18 mai.
FOULERTON. — Kyste hydatique suppuré guéri par laparotomie.
Lancet. 19 mai.
1893. SCHMITT. — Th. Paris.
REYNIER. — Congrès français de chirurgie.
DELOTTE. — Kyste hydatique suppuré du foie. Laparotomie. Li-
mousin méd. Limoges XVII, 179.
FRANKEL ET KORTE. — Soc. de méd. interne, Berlin.
Soc. de chirurgie, 28 février. Discussion.
1894. TILLAUX. — Traitement des kystes hydatiques suppurés.
Tribune méd. 8 juillet.
RECLUS. — Cliniques chirurgicales de la pitié.
GALLIARD. — Méd. p. 602.
MASURE. — Th. Lyon.
MAUCLAIRE. — Soc. anat. 21 décembre.
1895. GALLIARD. — Kyste hydatique du foie infecté par le pneumocoque
Soc. méd. des hôpitaux, 15 avril.

- PAGET. — Two cases of suppurating hydatid of liver gaz. Lek, Warzawa. Th. XV. 141-144.
- MARTINI. — Thèse Montpellier.
- DEBOVE ET ACHARD. — Manuel médecine, T. VI.
- ROGER. — Des modes d'ouverture spontanée et du traitement des kystes hydatiques du foie. Union médicale.
1896. CRIKS. — Kyste hydatique suppuré du foie. An. soc. chirurgie Belge, 15 décembre.
- EDGE. — Suppurating hydatid of liver. Brit. Med. Journal London. II. 13.
- QUENU. — Kyste hydatique du foie. Infection secondaire autochtone. Soc. de chirurgie 22 janvier.
- CHAMPENOIS. — Th. Paris.
1897. BATAILLE. — Kyste hydatique suppuré du foie. Normandie médicale, Rouen XIII, n° 17.
- PERRET. — Th. Paris.
1898. GILBERT ET WEILL. — Soc. de Biologie. 20 j. V. 657. 660.
- RISS. — Kyste hydatique suppuré du foie. Marseille médical, XXXV. n° 10.
- FORGUE ET RECLUS. — Traité thérapeutique chirurgicale. T. III, p. 803.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité médecine. T. V.
- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité Médecine. T. VI.
- DUPLAY-RECLUS. — Traité chirurgie, T. VII.
1899. POSADAS. — Trait. kystes hydatiques. Revue de chirurgie, mars.
- DIEULAFOY. — Communication, Académie de Médecine, 30 mai. Presse médicale, 31 mai.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1899.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1899.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

